

ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.47-07-008.46-06

DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(14\).2020.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.04)**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ І КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ДЕПРЕСИВНІЙ РЕАКЦІЇ****Н. О. Марута¹, С. О. Ярославцев²**¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків²КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги», Херсон*Резюме*

Мета дослідження. Метою дослідження стало визначення взаємозв'язку між клініко-психопатологічними особливостями тривожних та депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні взяло участь 98 пацієнтів із пролонгованою депресивною реакцією. У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження.

Результати дослідження. За результатами досліджень був проведений кореляційний аналіз, що дозволив визначити поєднання клініко-психопатологічної симптоматики з особливостями когнітивного функціонування пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією. Було доведено, що нав'язливі думки та іпохондричні ідеї були пов'язані з вираженим рівнем тривоги; суїцидальні думки – з затяжним початком депресії і малим депресивним епізодом; слабкі порушення вербальної продуктивності були пов'язані з великим депресивним епізодом та з затяжним початком депресії, наявністю 1-2 епізодів в анамнезі; низький рівень переключення уваги був пов'язаний з тривалістю епізоду до 2-х років, затяжним початком депресії, великим депресивним епізодом, підвищеним рівнем тривоги; середня ефективність роботи корелювала з низьким рівнем тривоги, тривалістю епізоду до року, наявністю 1-2 епізодів в анамнезі, тривалістю ремісії більше 24 місяців; мобілізація психічних процесів асоціювалась з тривалістю ремісії більше 24 місяців і зниженим рівнем тривоги; висока вибірковість уваги на негативні стимули була поєднана з тривалістю епізоду до 2-х років і вираженим рівнем тривоги; помірні порушення агресивних патернів поведінки були поєднані з тривалістю епізоду до року і помірним рівнем тривоги.

Висновки. Визначений взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями тривожних та депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією, який слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики та при створенні психокорекційних заходів, спрямованих на редукцію когнітивних порушень при депресивних розладах.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, пролонгована депресивна реакція

ВСТУП

Проблема депресій є однією з найбільш складних і актуальних в сучасній психіатрії [1-3]. Згідно з епідеміологічними даними, депресії все частіше зустрічаються в загальномедичній практиці, від 1/3 до 2/3

всіх пацієнтів, що відвідують лікарів широкого профілю та вузькопрофільних фахівців, страждають депресивними розладами (ДР) [1,4]. Широка поширеність ДР, важкий перебіг захворювання, тенденція до хроніфікації, а також резистентність до медикаментозного лікування обумовлюють актуальність вивчення

ДР, особливо їх патогенетичних основ [2,5]. Ключовою темою в дослідженні етіопатогенезу даної групи захворювань є взаємовідношення когнітивних і емоційних процесів при афективних розладах. При цьому основна увага зосереджена на вивченні особливостей обробки інформації, що ведуть до порушення регуляції емоцій і підтримці негативного афекту. Такі дослідження ведуться в рамках діатез-стресових і когнітивних теорій розвитку депресії [5-8]. Викликаний цими теоріями інтерес до когнітивної сфери афективних хворих привів до відкриття «негативного зсуву», що зачіпає увагу, пам'ять і мислення [8]. Перераховані когнітивні порушення (КП) при ДР довгий час розглядалися як епіфеномен зниженого настрою і мотивації або як неспецифічний корелят будь-якої психопатології [3,7,9]. В даний час ці погляди змінюються, в першу чергу в зв'язку з даними про наявність КП у пацієнтів в ремісії [2,4,8]. Дослідження, проведене Алфімовою М. В. (2017), підтвердило, що наявність депресивного симптомокомплексу обумовлює порушення цілого спектра когнітивних процесів, ступінь порушення яких по-різному пов'язана з такими характеристиками стану як тяжкість депресії, вираженість афекту печалі і вираженість симптомів тривоги. [10].

Разом з тим, увага багатьох вчених прикута до пошуків причин, що пояснюють походження і гетерогенність КП при ДР, оскільки різна чутливість когнітивних доменів до гостроти стану і окремих симптомів депресії сприятиме розумінню механізмів розвитку ДР [2,4,6,11-13]. Однак, незважаючи на численні дослідження впливу гостроти депресії на нейрокогнітивні функції, цей зв'язок не цілком зрозумілий; ще менше відомо про ефект окремих симптомів депресивного симптомокомплексу на когнітивну сферу і зв'язок клініко-психопатологічних симптомів з особливостями перебігу хвороби. Все вищевикладене і визначило мету даного дослідження.

Мета дослідження – визначити взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями тривожних та депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ

В дослідженні взяло участь 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Серед обстежених пацієнтів з ПДР було 43 чоловіків (43,88 ± 3,39%) та 55 жінок (56,12 ± 3,83%), що в цілому відповідає типовому розподілу за статтю при ДР.

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психометричного (шкала депресії **Монтгомері-Айсберг**, шкала тривоги Гамільтона, шкала особистісного та соціального функціонування),

психодіагностичного (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій; модифікована Адденбрукська когнітивна шкала; «Заучування десяти слів» (А. Р. Лурія); коректурна проба; таблиці Шульте; тест Мюнстерберга; тест зв'язку символів; тест вербальної швидкості; опитувальник когнітивної регуляції емоцій) та статистичного методів дослідження. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $\pm m\%$), достовірності взаємозв'язків (кореляційний аналіз). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДР включало в себе аналіз анамнестичних даних щодо особливостей початку депресії і тривалості хвороби до моменту звернення до лікаря, оцінку вираженості та особливостей депресивних та тривожних розладів у пацієнтів з ПДР. Вивчення особливостей КП при ДР включало в себе аналіз виразності КП і особливостей пізнавальних процесів (розумової, мнестичної, процесу уваги, сприйняття), виконавчих функцій та специфіки соціального функціонування у пацієнтів з ПДР. За результатами досліджень був проведений кореляційний аналіз, який дозволив визначити поєднання клініко-психопатологічної симптоматики з особливостями когнітивного функціонування пацієнтів з ПДР.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ретельний аналіз клініко-психопатологічних особливостей ДР дозволив визначити, що у більшості пацієнтів з ПДР встановлено, що у більшості хворих початок депресії був затяжним (62,24 ± 3,94)%, в 20,41% випадків визначався підгострий початок та в 17,35% випадків – гострий початок депресії. Тривалість поточного епізоду депресії до моменту звернення до лікаря при ПДР у 31,63% пацієнтів становила від 12-ти місяців до 18-ти місяців, у 22,45% – від 6-ти до 12-ти місяців, у 21,43% пацієнтів з ПДР поточний епізод тривав до 2-х років, у 10,20% пацієнтів – до 6-ти місяців, у 8,16% пацієнтів – до 3-х місяців та у 6,12% пацієнтів – епізод тривав більше 2-х років. При цьому було визначено, що кількість епізодів у переважній більшості пацієнтів з ПДР складало від 1-го до 2-х епізодів (включаючи поточний) (85,71 ± 3,34)% та у 14,29% пацієнтів – до 5-ти епізодів в анамнезі. Також було встановлено, що у 90,82% тривалість попередньої ремісії була більше 24-х місяців, у 7,14% пацієнтів – від 12-ти до 24-х місяців та у 2,04% – від 6-ти до 12-ти місяців.

У більшості пацієнтів з ПДР був встановлений виражений рівень тривоги (35,71 ± 2,95)%, у 28,57% пацієнтів – підвищений рівень, у 16,33% – помірний

рівень, у 12,24% – знижений рівень та у 7,14% пацієнтів тривога була низького рівню.

Серед пацієнтів з ПДР переважали пацієнти з помірним ($45,92 \pm 3,48$)% та малим ($43,88 \pm 3,38$)% депресивним епізодом, лише у 10,20% пацієнтів був діагностований великий депресивний епізод.

Аналіз КП пацієнтів з ПДР дозволив встановити, що у сфері мислення були зафіксовані нав'язливі та суїцидальні думки (85,71% та 73,47% відповідно), іпохондричні ідеї (62,24%), підвищена чутливість до критики у свій бік (82,65%), труднощі в прийнятті рішень (62,24%); у мнестичній сфері спостерігався нормативний рівень короткострокової пам'яті (5,37 балів) та переважання високого рівню відстроченого відтворення (58,16%); у сфері виконавчих функцій визначалась відсутність та наявність слабких порушень зорово-моторної координації (45,92% та 36,73% відповідно), виконавчих функцій (23,47% та 66,33% відповідно), виконавчих функцій лексичної системи (31,63% та 45,92% відповідно) та вербальної продуктивності (26,53% та 58,16% відповідно); у сфері уваги була встановлена наявність середнього рівню концентрації уваги, працездатності та психічної стійкості (42,86%, 37,76% та 38,78% відповідно), переважання зниженого та низького рівнів переключення уваги (44,90% та 17,35% відповідно), середня та підвищена ефективність роботи (51,02% та 18,37% відповідно), середній, підвищений та високий рівні стійкості уваги (40,82%, 28,57% та 21,12% відповідно), мобілізація психічних процесів; у сфері сприйняття спостерігалось переважання середньої та зниженої вибірковості уваги на нейтральні стимули (42,86% та 34,69% відповідно), підвищена та знижена вибірковість уваги на негативні стимули (29,59% та 16,33% відповідно), підвищена вибірковість уваги на позитивні стимули (43,88%); у сфері соціального функціонування була зафіксована вираженість наступних когнітивних стратегій регулювання емоцій: «румінації» (87,76%), «звинувачення інших» (85,71%), «катастрофізація» (79,59%), «фокусування на плануванні» (32,65%), «позитивна переоцінка» (31,63%) «позитивне перефокусування» (25,51%); переважання слабких та відсутніх порушень в сфері суспільно корисної діяльності (34,69% та 20,41%, відповідно), у сфері особистісної та соціальної взаємодії (30,61% та 20,41% відповідно), відсутність порушень в самообслуговуванні (51,02%) та переважання помірних порушень у сфері агресивних патернів поведінки (40,82%).

Взаємозв'язок між когнітивними особливостями пацієнтів з ПДР та перебігом депресивного розладу, представлений в таблиці 1, дозволив встановити, що затяжний початок депресії при ПДР був пов'язаний з суїцидальними думками ($r = 0,811$), нав'язливими думками ($r = 0,768$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,723$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,704$), низьким рівнем переключення уваги

($r = 0,785$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,711$), іпохондричними ідеями ($r = 0,654$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,553$) та румінаціями ($r = 0,542$).

Тривалість епізоду «до року» асоціювалась з помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,856$), середньою ефективністю роботи та стійкістю уваги ($r = 0,697$ та $r = 0,786$ відповідно), звинуваченням інших ($r = 0,598$), підвищеною чутливістю до критики і вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,544$ та $r = 0,487$ відповідно).

Тривалість епізоду «до 1,5 років» поєднувалась зі зниженим рівнем переключення уваги ($r = 0,723$), іпохондричними ідеями ($r = 0,678$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні стимули ($r = 0,665$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,678$), катастрофізацією ($r = 0,699$), нав'язливими думками ($r = 0,518$) та слабкими порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r = 0,587$).

Тривалість депресивного епізоду «до 2-х років» була пов'язана з низьким рівнем переключення уваги ($r = 0,845$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,843$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,777$), суїцидальними думками ($r = 0,655$), румінаціями ($r = 0,745$), катастрофізацією ($r = 0,768$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,634$) та слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,786$).

У пацієнтів з ПДР переважали пацієнти з 1-2 депресивними епізодами в анамнезі. В результаті кореляційного аналізу було визначено, що наявність цих епізодів в анамнезі була асоційована з підвищеною чутливістю до критики ($r = 0,693$), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r = 0,606$), середньою ефективністю роботи ($r = 0,665$), звинуваченням інших ($r = 0,376$) та слабкими порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r = 0,498$).

Також було встановлено, що у пацієнтів з ПДР переважала ремісія більше 24 місяців, яка була пов'язана з мобілізацією психічних процесів ($r = 0,856$), фокусуванням на плануванні ($r = 0,895$), позитивною переоцінкою та перефокусуванням ($r = 0,798$ та $r = 0,786$ відповідно), середньою ефективністю роботи ($r = 0,786$), підвищеним рівнем стійкості уваги ($r = 0,663$), зниженою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,734$), звинуваченням інших ($r = 0,733$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,678$) та середнім рівнем концентрації уваги ($r = 0,509$).

Взаємозв'язок між когнітивними особливостями пацієнтів з ПДР та вираженістю депресії і тривоги був встановлений завдяки проведеному кореляційному аналізу, який продемонстрував, що малий депресивний епізод при ПДР був асоційований з суїцидальними та нав'язливими думками ($r = 0,832$ та $r =$

0,678 відповідно), іпохондричними ідеями ($r = 0,784$), зниженим рівнем переключення уваги ($r = 0,659$), середнім рівнем працездатності та стійкості уваги ($r = 0,737$ та $r = 0,613$ відповідно), зниженою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r = 0,677$), румінаціями

($r = 0,756$), звинуваченням інших ($r = 0,796$), фокусуванні на плануванні ($r = 0,455$), позитивним перефокусуванням ($r = 0,487$), середньою ефективністю роботи ($r = 0,488$) та помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,684$) (Табл. 2).

Таблиця 1

Взаємозв'язок між когнітивними дисфункціями пацієнтів з ПДР та перебігом депресивного розладу (r)

Найменування показників		Початок депресії	Тривалість епізоду			Кількість епізодів	Тривалість ремісії
		затяжний	до року	до 1,5 років	до 2 років	1-2	>24 міс.
Мислення	нав'язливі думки	0,768		0,518			
	суїцидальні думки	0,811			0,655		
	іпохондричні ідеї	0,654		0,678			
	підвищена чутливість до критики		0,544			0,693	
	труднощі в прийнятті рішень	0,723			0,777		
Виконавчі функції	слабкі порушення виконавчих функцій	0,553			0,634		0,678
	слабкі порушення вербальної продуктивності	0,704				0,606	
Увага	середній рівень концентрації уваги						0,509
	знижений рівень переключення уваги			0,723			
	низький рівень переключення уваги	0,785			0,845		
	середня ефективність роботи		0,697			0,665	0,786
	середній рівень стійкості уваги		0,786				
	підвищений рівень стійкості уваги						0,663
	мобілізація психічних процесів						0,856
Сприйняття	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули			0,665			
	підвищена вибірковість уваги на негативні стимули	0,711	0,487	0,678	0,843		
	знижена вибірковість уваги на негативні стимули						0,734
Соціальне функціонування	румінації	0,542			0,745		
	звинувачення інших		0,598			0,376	0,733
	катастрофізація			0,699	0,768		
	фокусування на плануванні						0,895
	позитивна переоцінка						0,798
	позитивне перефокусування						0,786
	слабкі порушення в сфері суспільно корисної діяльності					0,498	
	слабкі порушення у сфері особистісної та соціальної взаємодії				0,786		
	помірні порушення у сфері агресивних патернів поведінки		0,856				

Таблиця 2

Взаємозв'язок між когнітивними дисфункціями пацієнтів з ПДР та вираженістю депресії і тривоги (r)

Найменування показників		Вираженість депресії (за MADRS)			Вираженість тривоги (за HARS)			
		Малий депрес. епізод	Помірний депрес. епізод	Великий депрес. епізод	виражена	підвищена	помірна	знижена
Мислення	нав'язливі думки	0,678	0,722		0,828			
	суїцидальні думки	0,832	0,487	0,791			0,598	
	іпохондричні ідеї	0,784			0,698	0,876		
	підвищена чутливість до критики					0,788	0,644	
	труднощі в прийнятті рішень		0,573	0,775	0,739	0,576		
Виконавчі функції	слабкі порушення зорово-моторної координації			0,576	0,677			
	слабкі порушення виконавчих функцій		0,611	0,685		0,612		
	слабкі порушення вербальної продуктивності			0,812	0,547			
Увага	середній рівень концентрації уваги						0,793	0,677
	знижений рівень переключення уваги	0,659			0,745			
	низький рівень переключення уваги		0,428	0,673		0,775		
	середня ефективність роботи	0,488						0,845
	середній рівень стійкості уваги	0,613					0,759	
	підвищений рівень стійкості уваги							0,791
	середній рівень працездатності	0,737					0,645	0,733
	середній рівень психічної стійкості					0,643	0,771	0,679
	мобілізація психічних процесів				0,554	0,689	0,685	0,871
Сприйняття	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули		0,751					
	підвищена вибірковість уваги на негативні стимули		0,567	0,788	0,843	0,776		
	знижена вибірковість уваги на негативні стимули	0,677						0,511
Соціальне функціонування	румінації	0,756	0,856	0,831		0,755		
	звинувачення інших	0,793						0,784
	катастрофізація		0,689	0,845	0,885	0,834	0,752	
	фокусування на плануванні	0,435					0,512	
	позитивна переоцінка						0,645	0,834
	позитивне перефокусування	0,487						0,765
	слабкі порушення в сфері суспільно корисної діяльності			0,678	0,654			
	слабкі порушення у сфері особистісної та соціальної взаємодії		0,576	0,754	0,769	0,786		
	помірні порушення у сфері агресивних патернів поведінки	0,684	0,755		0,678	0,745	0,834	0,618

Помірний депресивний епізод був асоційований з румінаціями ($r = 0,856$), нав'язливими думками ($r = 0,722$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,611$), зниженою вибірковою увагою на нейтральні стимули ($r = 0,751$), підвищеною вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,576$), катастрофізацією ($r = 0,689$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,573$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,576$), суїцидальними думками ($r = 0,487$), низьким рівнем переключення уваги ($r = 0,428$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,755$).

Великий депресивний епізод поєднувався з суїцидальними думками ($r = 0,791$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,775$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,732576$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,685$), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r = 0,812$), низьким рівнем переключення уваги ($r = 0,673$), підвищеною вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,788$), румінаціями ($r = 0,831$), катастрофізацією ($r = 0,845$), слабкими порушеннями в сферах суспільно корисної діяльності і особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,678$ та $r = 0,754$ відповідно).

Оцінювались також поєднання вираженості тривоги у пацієнтів з ПДР з когнітивними порушеннями. Так, низький рівень тривоги був пов'язаний з мобілізацією психічних процесів ($r = 0,871$), середньою ефективністю роботи ($r = 0,845$), підвищеним рівнем стійкості уваги ($r = 0,791$), середнім рівнем концентрації уваги, працездатності та психічної стійкості ($r = 0,677$, $r = 0,733$ та $r = 0,679$ відповідно), зниженою вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,511$), звинуваченням інших ($r = 0,784$), позитивною переоцінкою та перефокусуванням ($r = 0,834$ та $r = 0,765$ відповідно) та помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,618$).

Помірна тривога корелювала з помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,834$), середнім рівнем концентрації і стійкості уваги ($r = 0,793$ та $r = 0,759$ відповідно), середнім рівнем психічної стійкості та працездатності ($r = 0,771$ та $r = 0,645$ відповідно), мобілізацією психічних процесів ($r = 0,685$), катастрофізацією ($r = 0,752$), суїцидальними думками ($r = 0,598$), підвищеною чутливістю до критики ($r = 0,644$), фокусуванням на плануванні ($r = 0,512$) та позитивною переоцінкою ($r = 0,645$).

Підвищена тривога була пов'язана з іпохондричними ідеями ($r = 0,876$), підвищеною чутливістю до критики ($r = 0,788$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,576$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,612$), низьким рівнем переключення уваги ($r = 0,775$), середнім рівнем психічної стійкості ($r = 0,643$), підвищеною вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,776$), румінаціями ($r = 0,755$), катастрофізацією

($r = 0,834$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,786$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,745$).

Виражена тривога була асоційована з нав'язливими думками ($r = 0,828$), підвищеною вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,843$), катастрофізацією ($r = 0,885$), іпохондричними ідеями ($r = 0,698$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,739$), зниженим рівнем переключення уваги ($r = 0,745$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,677$), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r = 0,547$), слабкими порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності та особистісної і соціальної взаємодії ($r = 0,654$ та $r = 0,769$ відповідно) та помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r = 0,678$).

ВИСНОВКИ

У результаті кореляційного аналізу були отримані дані щодо взаємозв'язку клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з ПДР та їх провідними КП.

В структурі мислення нав'язливі думки та іпохондричні ідеї були пов'язані з вираженим рівнем тривоги; суїцидальні думки – з затяжним початком депресії і малим депресивним епізодом; труднощі в прийнятті рішень помірно корелювали з затяжним початком депресії, тривалістю депресивного епізоду 2-х років, великим депресивним епізодом, вираженим та підвищеним рівнями тривоги.

В структурі виконавчих функцій слабке порушення виконавчих функцій мало помірний зв'язок з тривалістю депресивного епізоду до 2-х років, помірними і великими депресивними епізодами, підвищеним рівнем тривоги; слабкі порушення вербальної продуктивності були пов'язані з великим депресивним епізодом та з затяжним початком депресії, наявністю 1-2 епізодів в анамнезі; слабкі порушення зорово-моторної координації мали помірний зв'язок з вираженою тривожністю.

У сфері уваги низький рівень переключення уваги був пов'язаний з тривалістю епізоду до 2-х років, затяжним початком депресії, великим депресивним епізодом, підвищеним рівнем тривоги; середня ефективність роботи корелювала з низьким рівнем тривоги, тривалістю епізоду до року, наявністю 1-2 епізодів в анамнезі, тривалістю ремісії більше 24 місяців; мобілізація психічних процесів асоціювалась з тривалістю ремісії більше 24 місяців і зниженим рівнем тривоги.

У сфері сприйняття знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули помірно корелювала з тривалістю епізоду до 1,5 років і помірним депресивним епізодом; висока вибірковість уваги на негативні стимули була поєднана з тривалістю епізоду до 2-х років і ви-

раженим рівнем тривоги; знижена вибірковість уваги на негативні стимули помірно пов'язана з тривалістю ремісії більше 24 місяців і малим депресивним епізодом.

У сфері соціального функціонування слабкі порушення у соціальній діяльності мали помірний зв'язок — з великим депресивним епізодом, вираженим рівнем тривоги; слабкі порушення особистісної та соціальної взаємодії мали помірний зв'язок — з тривалістю епізоду до 2-х років, великим депресивним епізодом, вираженим і підвищеним рівнем тривоги; помірні порушення агресивних патернів поведінки мали сильний зв'язок з тривалістю епізоду до року, і помірним рівнем тривоги.

У сфері когнітивного регулювання емоцій «румінації» були пов'язані з помірним і великим депресивним епізодом; «звинувачення інших» — з тривалістю ремісії більше 24 місяців, малим депресивним епізодом та низьким рівнем тривоги; «катастрофізація» — з великим депресивним епізодом, вираженим і підвищеним рівнями тривоги; «фокусування на плануванні, позитивне перефокусування і позитивна переоцінка» були пов'язані з тривалістю ремісії більше 24 місяців та низьким рівнем тривоги.

Перспективи подальших досліджень. Визначений взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями тривожних та депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з ПДР слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики та при створенні психокорекційних заходів, спрямованих на редукцію КП при ДР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основные сведения о депрессии: информационный бюллетень ВОЗ. 2017. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/> (дата обращения: 20.08.2017)
2. Харченко Е. Н., Хаустова Е. А., Чернышев О. В. Маскированные депрессии в клинике психосоматических заболеваний и зависимых состояний. Таврический журнал психиатрии, 2013. 17 (64). С. 49-54.
3. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Депрессии в общемедицинской сети. В кн.: Психич. расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2011. С. 334-360.
4. Brown G. W. Psychosocial origins of depressive and anxiety disorders. Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder / Ed. D. Goldberg et al. 2010. P. 303-31.
5. Ершов Б. Б., Тагильцева А. В., Петров М. В. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейропсихологический подход (обзор литературы). Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2015. 8 (3). 65-76. (Психология).
6. Марута Н. А., Яцина А. Т. Особенности клинко-психопатологической структуры депрессии у мужчин. Экспериментальна та клінічна медицина. 2014. 14(65). 162-166.
7. Carta et al. Sub-threshold depression and antidepressants use in community sample: searching anxiety and finding bipolar disorder. BMC Psychiat. 2011. 11. 164.
8. Meeks Th., Vahia I., Lavretsky H. et al. A tune in «A minor» can «B major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of sub-threshold depression in older adults. J Affect Disord March. 2011. 129 (1-3). 126-42.
9. Краснов В. Н., Алфимова В. М., Мельникова Т. С. Взаимосвязи когнитивных и эмоциональных нарушений при депрессиях (обзор литературы). Доктор.Ру. 2013. 5(83). 70-76.
10. Алфимова М. В., Лапин И. А., Аксенова Е. В., Мельникова Т. С. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме. Социальная и клиническая психиатрия. 2017. 27(1). С. 5-12.
11. Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. Український вісник психоневрології. 2017. 25. 1 (90). С. 135.
12. Степанов И. Л., Моисейчева О. В. Клинико-психопатологические особенности депрессий с различным типом аффекта у больных с хроническими соматическими заболеваниями вне обострения. Социальная и клиническая психиатрия. 2016. 26(4). С. 26-31.
13. McGrath P. J., Miller J. M. Co-occurring anxiety and depression: concept, significance, and treatment implications. In: Anxiety Disorders / Ed. H. Simpson et al. Theory, Research, and Clinical Perspectives 2010. P. 90-102.

REFERENCES

1. Osnovnyye svedeniya o depressii: informatsionnyy byulleten' VOZ. 2017. (2017). [Key facts about depression: WHO fact sheet. 2017]. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/>.
2. Kharchenko, Ye.N., Khaustova, Ye.A., & Chernyshev, O.V. (2013). Maskirovannyye depressii v klinike psichosomaticeskikh zabolevaniy i zavisimyykh sostoyaniy. [Masked depressions in the clinic for psychosomatic diseases and addictions]. *Tavricheskiy zhurnal psikh-iatrii*, 17 (3 (64)), 49-54.
3. Smulevich, A. B., Dubnitskaya, E. B. (2011). Depressii v obshchemeditsinskoj seti [Depression in the general medical network] V kn.: *Psikhich. rasstroystva v klinicheskoy praktike*. M.: MEDpress-inform, 334-360.
4. Brown, G. W. (2010). Psychosocial origins of depressive and anxiety disorders. In: *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder*, 303-31.
5. Yershov, B. B., Tagil'tseva, A. V., Petrov, M. V. (2015). Sovremennyye issledovaniya kognitivnogo defitsita pri affektivnykh rasstroystvakh: neyropsikhologicheskij podkhod (obzor literatury). [Current research on cognitive deficits in affective disorders: a neuropsychological approach (literature review)]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*, 8 (3), 65-76.
6. Maruta, N. A., Yatsina, A. T. (2014). Osobennosti kliniko-psichopatologicheskoy struktury depressii u muzhchin. [Features of the clinical and psychopathological structure of depression in men]. *Yeksperimental'na ta klinichna meditsina*, 14(65), 162-166.
7. Carta, et al. (2011). Sub-threshold depression and antidepressants use in community sample: searching anxiety and finding bipolar disorder. *BMC Psychiat*, 11, 164.
8. Meeks, Th., Vahia, I., Lavretsky, H. et al. (2011). A tune in «A minor» can «B major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* March, 129 (1-3), 126-42.
9. Krasnov, V. N., Alfimova, V. M., Mel'nikova, T. S. (2013). Vzaimosvyazi kognitivnykh i emotsional'nykh narusheniy pri depressiyakh (obzor literatury). [The relationship between cognitive and emotional disorders in depression (literature review)]. *Doktor.Ru.*, 5(83), 70-76.
10. Alfimova, M. V., Lapin, I. A., Aksenova, Ye. V., Mel'nikova, T., S. (2017). Vliyaniye trevogi na kognitivnyye protsessy pri depressivnom sindrome. [Impact of anxiety on cognitive processes in depressive syndrome]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikh-iatriya*, 27(1), 5-12.
11. Maruta, N. O., Pan'ko, T. V. Kalens'ka, G. YU. (2017). Diagnostichni kriterii depresivnykh rozladiv na yetapakh nadannya medichnoï dopomogi. [Diagnostic criteria for depressive disorders at stages of providing medical aid]. *Ukrains'kiy visnik psikhonevrologii*, 25, 1 (90), 135.
12. Stepanov, I. L., Moiseycheva, O. V. (2016). Kliniko-psichopatologicheskiye osobennosti depressii s razlichnym tipom affekta u bol'nykh s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami vne obostreniya. [Clinical and psychopathological features of depression with various types of affect in patients with chronic somatic diseases without exacerbation]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikh-iatriya*, 26(4), 26-31.
13. McGrath, P. J, Miller, J. M. (2010). Co-occurring anxiety and depression: concept, significance, and treatment implications / Ed. H. Simpson et al. *Anxiety Disorders. Theory, Research, and Clinical Perspectives*, 90-102.

*Резюме***ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ РЕАКЦИИ****Н. А. Марута, С. А. Ярославцев**

Цель исследования. Целью исследования стало определение взаимосвязи между клинико-психопатологическими особенностями тревожных и депрессивных проявлений и особенностями когнитивных дисфункций у пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией. В исследовании был применен комплексный подход, заключающийся в использовании клинико-психопатологического, психометрического, психодиагностического и статистического методов исследования.

Результаты. По результатам исследований был проведен корреляционный анализ, который позволил определить сочетание клинико-психопатологической симптоматики с особенностями когнитивного функционирования пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией. Было доказано, что навязчивые мысли и ипохондрические идеи были связаны с выраженным уровнем тревоги; суицидальные мысли – с затяжным началом депрессии и малым депрессивным эпизодом; слабые нарушения вербальной продуктивности были связаны с большим депрессивным эпизодом и с затяжным началом депрессии, наличием 1-2 эпизодов в анамнезе; низкий уровень переключения внимания был связан с продолжительностью эпизода до 2-х лет, затяжным началом депрессии, большим депрессивным эпизодом, повышенным уровнем тревоги; средняя эффективность работы коррелировала с низким уровнем тревоги, продолжительностью эпизода до года, наличием 1-2 эпизодов в анамнезе, продолжительностью ремиссии более 24 месяцев; мобилизация психических процессов ассоциировалась с продолжительностью ремиссии более 24 месяцев и пониженным уровнем тревоги; высокая избирательность внимания на негативные стимулы сочеталась с продолжительностью эпизода до 2-х лет и выраженным уровнем тревоги; умеренные нарушения агрессивных паттернов поведения были связаны с продолжительностью эпизода до года и умеренным уровнем тревоги.

Выводы. Определена взаимосвязь между клинико-психопатологическими особенностями тревожных и депрессивных проявлений и особенностями когнитивных дисфункций у пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией, которое следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики и при создании психокоррекционных мероприятий, направленных на редукцию когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, клинико-психопатологические особенности, пролонгированная депрессивная реакция

Summary

INTERCONNECTION OF COGNITIVE DISORDERS AND CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

N. A. Maruta¹, S. A. Yaroslavtsev²

¹ State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

² Public Non-Profit Enterprise «Kherson regional institution for psychiatric care», Kherson, Ukraine

Aim: to determine the relationship between the clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations and the features of cognitive dysfunctions in patients with prolonged depressive reaction.

Material and methods. The study enrolled 98 patients with prolonged depressive reactions. The study used an integrated approach, which consisted in the use of clinical-psychopathological, psychometric, psychodiagnostic and statistical research methods.

Results. According to the research results, a correlation analysis was carried out, which made it possible to determine the combination of clinical and psychopathological symptoms with the features of the cognitive functioning of patients with prolonged depressive reaction. Obsessive thoughts and hypochondriacal ideas have been shown to be associated with marked levels of anxiety; suicidal thoughts – with a protracted onset of depression and a minor depressive episode; mild violations of verbal productivity were associated with a major depressive episode and with a prolonged onset of depression, with 1-2 episodes of depression in anamnesis; a low level of attention switching was associated with an episode duration of up to 2 years, a protracted onset of depression, a major depressive episode, and an increased level of anxiety; average work efficiency correlated with a low level of anxiety, an episode duration of up to a year, 1-2 episodes of depression in anamnesis, a remission duration of more than 24 months; mobilization of mental processes was associated with a remission duration of more than 24 months and a reduced level of anxiety; high selectivity of attention to negative stimuli was combined with the duration of the episode up to 2 years and a pronounced level of anxiety; moderate disturbances in aggressive behavior patterns were associated with an episode duration of up to a year and a moderate level of anxiety.

Conclusions. The relationship between clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations and features of cognitive dysfunction in patients with prolonged depressive reaction were identified. It should be considered in the differential diagnosis and in the development of psychocorrective measures to reduce cognitive impairment in patients with depressive disorders.

Key words: cognitive impairment, depressive disorders, clinical and psychopathological features, prolonged depressive reaction

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 19.10.2020